

Ciudad: _____ Fecha: Contrato: _____

Señores Banco:

NOMBRE ESTABLECIMIENTO EMISOR DE TARJETA VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS DISCOVER DINERS CLUB

Presente

De mi consideración:

Por medio del presente yo, _____ con número de cédula _____ titular de la tarjeta de crédito N° _____ con fecha de vencimiento y código de seguridad _____ autorizo expresamente a Confiamed S.A. debitar de mi tarjeta de crédito el valor de _____ mismo que pagaré de forma: corriente diferido a _____ meses sin intereses, que corresponde al plan contratado de medicina prepagada.

Eximo de cualquier tipo de responsabilidad al banco _____ NOMBRE ESTABLECIMIENTO EMISOR DE TARJETA por valores reportados por Confiamed S.A., en tal virtud renuncio a tomar cualquier acción administrativa, judicial, extrajudicial, en el presente o en el futuro, en contra de la referida institución.

Mediante la suscripción del presente documento, otorgo expresamente mi consentimiento libre e informado a **CONFIAMED S.A.**, y al banco _____ NOMBRE ESTABLECIMIENTO EMISOR DE TARJETA para que traten procesen y administren mis datos personales consignados en el presente documento, con la finalidad de brindar el servicio de medicina prepagada, facturación, así como se genere el respectivo pago con tarjeta de crédito.

De expresar mi negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales estrictamente pertinentes y necesarios, las Instituciones antes referidas no podrá cumplir con los fines expuestos. Por lo tanto, estoy en pleno conocimiento que mis datos personales serán incluidos en una base de datos bajo la titularidad de CONFIAMED S.A. Se le informa que usted puede ejercer sus Derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocatoria al consentimiento, a través de una solicitud dirigida al correo electrónico

datospersonales@confiamed.com

Atentamente,

Firma titular de la cuenta o tarjeta: _____

Nombres y apellidos titular de la cuenta o tarjeta: _____

C.C. titular de la cuenta o tarjeta: _____

RUC titular de la cuenta o tarjeta: _____

Nombres y apellidos de afiliados

1.- _____ 4.- _____

2.- _____ 5.- _____

3.- _____ 6.- _____